

CONFÉRENCE D'EXPERTS

TABAGISME PÉRI-OPÉRATOIRE

LES JOURNÉES DE LA SFAR 2005

Palais des congrès de Paris

PROMOTEURS

Association Française de Chirurgie _ **AFC**

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation _ **SFAR**

Office Français de prévention du Tabagisme _ **OFT**

PROMOTEURS

Association Française de Chirurgie _ AFC

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation _ SFAR

Office Français de prévention du Tabagisme _ OFT

COPROMOTEURS

Association Française d'Urologie _ AFU

Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique _ SOFCOT

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français _ CNGOF

Société de Pneumologie de Langue Française _ SPLF

Société française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire _ SFCTC

Société française de Cardiologie _ SFC

Société française de Santé Publique _ SFSP

Société française de Tabacologie _ SFT

Réseau Français Hôpital sans Tabac _ RHST

Réseau Européen Hôpital sans Tabac _ ENSH

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris _ APHP

COMITE D'ORGANISATION

Dr Robert COHENDY (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Nîmes _ robert.cohendy@chu-nimes.fr

Pr Bertrand DAUTZENBERG (Pneumologue-Tabacologue, OFT), Paris _ bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr

Pr François DESGRANDCHAMPS (Urologue, AFU), Paris _ francois.desgrandchamps@sls.ap-hop-paris.fr

Pr Bertrand DUREUIL (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Rouen _ bertrand.dureuil@chu-rouen.fr

Pr François GAYRAL (Chirurgien viscéral, AFC), Paris _ francois.gayral@bct.aphp.fr

Dr Claire LEPOUSE (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Reims _ clepouse@chu-reims.fr

Pr Alain Charles MASQUELET (Chirurgien orthopédique, SOFCOT), Avicenne _ alain-charles.masquelet@avc.aphp.fr

Dr Laura MUNOZ (Médecin généraliste-Tabacologue, OFT), Paris _ l.munoz@oft-asso.fr

Pr François PERROTIN (Gynécologue-Obstétricien, CNGOF), Tours _ franck.perrotin@med.univ-tours.fr

Pr Marc RIQUET (Chirurgien thoracique, SFCTC), Paris _ marc.riquet@hgp.aphp.fr

Dr Valéry TROSINI-DESERT (Pneumologue-Tabacologue, OFT) _ valery.trosini-desert@psl.ap-hop-paris.fr

AVEC LE SOUTIEN

Ministère de la Santé DGS,

Laboratoires Pfizer, Altana Pharma, Sanofi-Aventis, GSK, Novartis

EXPERTS

Dr Kamel Abdennbi, Paris, Cardiologue-Tabacologue _ Kaparis12@neuf.fr

Dr Marion Adler, Clamart, Médecin généraliste-Tabacologue _ marionadler@9online.fr

Dr Alex Bedes, Saint Flour, Anesthésiste-Réanimateur _ bedesams@club-internet.fr

Dr Remy Bocquet, La roche sur Yon, Anesthésiste-Réanimateur _ rbocquet.csc@sa3h.fr

Dr Anne Borgne, Bondy, Médecin généraliste-Tabacologue _ anne.borgne@jvr.aphp.fr

Dr Jean Louis Bourgain, Villejuif, Anesthésiste-Réanimateur _ bourgain@igr.fr

Dr Anne Marie Clauzel, Montpellier, Pneumologue-Tabacologue _ am.clauzel@wanadoo.fr

Dr Robert Cohendy, Nîmes, Anesthésiste-Réanimateur _ robert.cohendy@chu-nimes.fr

Dr Anne Marie Cros, Bordeaux, Anesthésiste-Réanimateur _ anne-marie.cros@chu-bordeaux.fr

Pr Bertrand Dautzenberg, Paris, Pneumologue-Tabacologue _ bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr

Pr Michel Delcroix, Lille, Gynécologue-Obstétricien _ mhdclcroix@wanadoo.fr

Dr Daniel Garelik, Paris, Médecin interniste-Tabacologue _ dangarelik@aol.com

Dr Jean Pierre Hubsch, Paris, Anesthésiste-Réanimateur _ jphubsch@wanadoo.fr

Dr Laurent Lalourcey, Montpellier, Anesthésiste-Réanimateur _ l.lalourcey@valdorel.fnclcc.fr

Dr Claire Lepousé, Reims, Anesthésiste-Réanimateur _ clepouse@chu-reims.fr

Pr Alain-Charles Masquelet, Paris, Chirurgien Orthopédique _ alain-charles.masquelet@avc.aphp.fr

Dr Laura Munoz, Paris, Médecin généraliste-Tabacologue _ l.munoz@oft-asso.fr

Dr Jean Perriot, Clermont Ferrand, Pneumologue-Tabacologue _ jean.perriot@cg63.fr

Pr Marc Riquet, Paris, Chirurgien Thoracique _ marc.riquet@hgp.aphp.fr

Pr Jean Marie Servant, Paris, Chirurgien Plasticien _ jean-marie.servant@sls.aphp.fr

Pr Karem Slim, Clermont-Ferrand, Chirurgien _ Viscéral kslim@chu-clermontferrand.fr

Dr Valéry Trosini-Désert, Paris, Pneumologue-Tabacologue _ valery.trosini-desert@psl.ap-hop-paris.fr

Document soumis à débat public le 23 septembre 2005 au Palais des congrès de Paris dans le cadre des journées de la SFAR.

Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante du risque de complications péri-opératoires, mais il est trop souvent négligé. Une bonne prise en charge du tabagisme doit apporter un bénéfice rapide en terme de diminution des complications générales et du site opératoire en particulier, ce qui constituerait un gain important en terme de santé et en terme d'économie. Cette conférence d'experts a été organisée de façon tripartite par chirurgiens, tabacologues et anesthésistes et est destinée à changer les pratiques courantes en prenant mieux en compte le tabagisme péri-opératoire. Celle-ci a permis d'identifier des pratiques professionnelles susceptibles de contrôler le tabagisme et de réduire la morbidité et la mortalité opératoire en France. Une analyse complète de la littérature a été conduite par 22 experts répartis en 6 groupes pour répondre aux 6 questions posées par le comité d'organisation. Les recommandations ont été cotées de A (au moins 2 études de niveau I : essais randomisés de bonne puissance) à E (études de niveau IV ou V : études de cas, avis d'experts). Les recommandations ont fait l'objet d'un consensus par réunions successives des experts. Une séance publique lors du congrès de la SFAR le 23 Septembre 2005 a permis de valider définitivement le texte. Un comité de suivi a été mis en place afin d'aider à ce que cette conférence d'experts aide à modifier les pratiques. Le texte de ces recommandations est disponible sur les sites des promoteurs et des copromoteurs de la conférence.

CONCLUSIONS DES EXPERTS

QS1 : Quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?

1.1 Quelle est l'épidémiologie du tabagisme des opérés en France ?

Le taux de tabagisme dans la population générale française dépend de l'âge et du sexe. Il est en 2004 de 33% chez les hommes et 27% chez les femmes.

Environ 8 millions de patients subissent une anesthésie en France chaque année, dont 7 millions d'adultes de plus de 15 ans, essentiellement pour une intervention chirurgicale, plus rarement pour un accouchement ou une endoscopie.

De plus de nombreuses petites interventions chirurgicales sont conduites sans anesthésie autre que locale. Il n'existe pas d'argument pour penser que le tabagisme des patients qui subissent une anesthésie est différent du tabagisme de la population générale. On peut ainsi estimer que le pourcentage de fumeurs chez les opérés est de 40% entre 15 à 45 ans, de 20% entre 46 à 65 ans et de 10% chez les opérés de plus de 75 ans. Dans ces conditions on peut estimer que près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent chaque année des fumeurs [E].

Des études sur le tabagisme des opérés devraient être conduites afin d'affiner ces données épidémiologiques [E].

1.2 Quelle est l'augmentation du risque de mortalité péri-opératoire chez le fumeur ?

La seule étude prospective disponible en chirurgie générale montre une augmentation du risque de mortalité chez les fumeurs (RR de 2,56) [D].

1.3 Quels sont les risques de complications générales (cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses) ?

L'augmentation du risque relatif (RR) porte selon les études sur :

- Le risque d'être transféré en réanimation (RR de 2,02 à 2,86) [D],
- Les complications infectieuses (RR de 2 à 3,5) [D],
- Les complications coronariennes (RR de 3) [D],
- Les complications respiratoires immédiates (RR de 1,71) [D].

1.4 Quel sont les risques de complications chirurgicales chez les fumeurs (cicatrices, lâchages de suture et d'anastomose, retard de consolidation osseuse...) ?

L'augmentation du risque de complications chirurgicales du tabagisme péri-opératoire est principalement liée aux effets néfastes sur la microcirculation [E].

Cette augmentation du risque est confirmée par de nombreuses études et concerne tous les tissus traversés, de la peau à l'os, notamment :

- Les complications de cicatrice après chirurgie du genou (RR de 2,4) [D],
- Les complications infectieuses de la cicatrice (estimation 12% vs 2% p< 0,05) [B],
- La mauvaise cicatrisation à l'interface lambeaux/site receveur en chirurgie plastique (27% vs 12%) [D],
- Le risque d'éventration après laparotomie (RR de 3.93) [D],
- L'infection sternale et médiastinite en chirurgie thoracique (RR de 3) [D],
- Les lâchages de suture digestive (RR de 3,18) et les fistules (RR de 3) [D],
- Le risque de thrombose vasculaire (RR de 3,09) [A],

- Le retard de consolidation osseuse (RR de 2,7 et RR de 8,1 pour les pseudarthroses) [D].

L'ensemble des complications du site opératoire apparaît dans 3 études à 31% vs 5%, 48% vs 15% et 39% vs 25% chez les fumeurs comparés aux non fumeurs [D].

1.5 Quelle est l'influence du tabagisme parental, lors d'une intervention chez l'enfant ?

Les enfants soumis au tabagisme passif ont des taux élevés de nicotine dans les urines, en particulier avant 3 ans [C].

Par ailleurs les enfants exposés au tabagisme passif sont plus souvent l'objet d'interventions ORL [A].

Il existe une relation entre l'intensité de l'exposition et la fréquence des complications respiratoires. Ceci est particulièrement démontré en chirurgie ORL [D].

Le risque est particulièrement élevé sur le laryngospasme dans 2 études (RR de 5.6-10) [D].

1.6 Quelles sont les conséquences de ces complications sur la durée de séjour et les coûts péri-opératoires ?

L'augmentation de la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie majeure a été évaluée à 2 et à 3 jours [D].

L'allongement de la durée de séjour, l'augmentation de recours aux soins intensifs, et les complications induisent un coût, mais ce coût n'a pas été chiffré en France, une étude médico-économique est nécessaire [E].

QS2 Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt péri-opératoire du tabac ?

2.1 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabac en fonction du délai (>48 heures) avant l'intervention ?

Les fumeurs sevrés de longue date ont un risque opératoire moindre que les fumeurs et non différent de celui des non fumeurs [C].

Un arrêt du tabagisme 6-8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac [A].

Un arrêt plus proche de l'intervention, 3-4 semaines avant, apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice [C].

Un arrêt moins de 3 semaines avant l'intervention est bénéfique car la diminution documentée des complications au niveau du site opératoire relativise le risque controversé de majoration des complications respiratoires [E].

2.2 Quels sont les bénéfices d'une réduction de la consommation de tabac substituée et non substituée avant une intervention chirurgicale, en fonction du délai (> 48 heures) ?

Le conseil d'une simple réduction de la quantité de tabac fumé sans substitution nicotinique n'est pas recommandé [E].

La baisse du CO circulant observée avec cette réduction sous substitution devrait cependant s'accompagner d'un bénéfice qui reste à démontrer [E].

Les bénéfices de la réduction du tabagisme avec une substitution nicotinique en pré-opératoire n'ont pas fait l'objet d'évaluation [E].

2.3 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabac substitué et non substitué dans les 48 heures précédant une intervention chirurgicale ?

Sur le plan physiopathologique l'arrêt complet du tabac devrait être bénéfique même à moins de 48 heures d'une intervention [E].

Les seuls effets qui peuvent être néfastes sont une augmentation passagère de la toux et des sécrétions bronchiques à l'arrêt du tabac [E].

2.4 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabagisme parental en chirurgie de l'enfant ?

Si les effets néfastes du tabagisme des parents sont démontrés, les bénéfices d'un arrêt du tabagisme parental en périopératoire n'ont pas fait l'objet d'étude spécifique ; on ne peut donc conclure [E].

2.5 La période péri-opératoire favorise-t-elle l'arrêt du tabac au long court ?

Le taux de rechute au niveau de la population générale après l'arrêt du tabac est d'environ 50% à un an [A].

En cas de chirurgie cardiaque, 50% de ceux qui ont été opérés des artères coronaires et qui ont arrêté de fumer ont repris un an après [C].

Un arrêt du tabac pour une intervention chirurgicale est un facteur pronostique d'arrêt au long cours. Cependant la fréquence des rechutes invite à une prise en charge prolongée des fumeurs pour prévenir les rechutes [E].

2.6 Quel est l'intérêt de l'arrêt postopératoire du tabac sur la consolidation osseuse, les maladies thrombo-emboliques ?

Quand l'arrêt est maintenu en post opératoire, il existe un bénéfice démontré sur la consolidation osseuse [D] et probable sur la cicatrisation de la peau et des tissus mous [E].

La perméabilité des pontages vasculaires est améliorée par la poursuite de l'arrêt du tabac en post opératoire [A].

Les thromboses des pontages vasculaires sont chez les fumeurs dans 57% attribuables au tabac [B].

QS3 Comment prendre en charge un fumeur en pré-opératoire d'une chirurgie programmée ?

3.1 Quels sont les outils à la prise en charge ? (Conseil minimum, Information standardisée, Evaluation de la dépendance et du manque, Outils d'auto-évaluation, Mesure du CO)

Durant cette période, les outils diagnostiques et l'évaluation de l'arrêt du tabac sont les outils standards utilisés en dehors de ce contexte [E].

Parmi les auto-questionnaires, le test le plus utile, est le test de Fagerström qui mesure la dépendance nicotinique [B].

La mesure du CO expiré est un test très motivant pour l'arrêt [B].

Le conseil minimum pour l'arrêt doit être délivré par tous les soignants à tous les fumeurs [E].

L'information délivrée au fumeur doit être adaptée au type de chirurgie qu'il va subir [E].

3.2 Comment aider le fumeur à arrêter de fumer avant l'intervention ?

Dès l'annonce d'une chirurgie, tout soignant doit mettre en oeuvre les moyens à sa disposition pour aider le fumeur à s'arrêter [E].

Les soignants peuvent prendre eux-mêmes en charge le fumeur en utilisant les techniques les plus adaptées à chaque cas ou en confiant les cas les plus difficiles à un spécialiste (consultation de tabacologie) ou selon leur disponibilité au médecin généraliste, à un anesthésiste, un pneumologue ou une sage femme formée [E].

Les outils de traitement sont utilisés selon les recommandations de l'Afssaps [E] :

- Substituts nicotiniques par voie transdermique ou orale qui en règle générale améliorent les chances d'arrêt (RR à 1,74) [A].

- Bupropion utilisé dans les conditions ordinaires pour un arrêt programmé plus de 8 semaines avant l'intervention [E].

Si un arrêt est en cours sous Bupropion lors d'une intervention, il n'y a pas lieu de modifier le traitement d'aide à l'arrêt [E].

- Soutien psycho comportemental, particulièrement nécessaire en période péri-opératoire [E].

- Lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt (Tabac Info Service 0825 309 310) [E].

3.3 Dans quelles circonstances proposer une réduction de la consommation ?

Chez un fumeur qui ne veut ou ne peut s'arrêter, la réduction de la consommation de tabac avec prise simultanée de substituts nicotiniques peut être un premier pas vers l'arrêt [E].

La réduction du tabagisme substitué réduit la quantité de fumée inhalée et le taux de CO dans l'organisme [D].

Si l'intérêt de la réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est démontré, elle n'a pas fait l'objet d'études en péri-opératoire. Elle peut cependant être recommandée en péri-opératoire dans les mêmes conditions qu'en dehors de cette période [E].

3.4 Comment aider les parents fumeurs à éviter le tabagisme passif de leur enfant avant une intervention programmée ?

On proposera aux parents de préférence l'arrêt, à défaut la réduction du tabagisme, au pire la simple protection de l'enfant en ne mettant jamais l'enfant dans une pièce où l'on fume, où l'on a fumé dans les deux heures précédentes [E].

La simple information ou remise des brochures aux parents d'enfants hospitalisés n'est pas suffisante. Il est conseillé d'adresser les parents en consultation de tabacologie [D].

3.5 Quelle organisation mettre en place pour une prise en charge ambulatoire ?

Tous les documents écrits pour les professionnels de santé et pour les patients donnant des conseils pour la chirurgie devront prendre en compte le tabagisme, facteur évitable majeur des complications opératoires [E].

Les cas les plus simples, en particulier les fumeurs non quotidiens, ceux qui ne fument pas le matin, ceux qui n'ont pas de facteurs anxio dépressifs bénéficieront d'un conseil minimal avec ou sans substitution nicotinique et d'un bref interrogatoire à chaque visite [E].

Les fumeurs moyennement ou fortement dépendants (score de Fagerström > 4) peuvent bénéficier d'un suivi par un des professionnels de santé qui l'a en charge durant la période péri-opératoire (médecin généraliste, chirurgien, anesthésiste, médecin spécialiste, sages-femmes) qui initiera le traitement et assurera le suivi une semaine plus tard et aussi souvent que nécessaire jusqu'à l'intervention [E].

Les fumeurs très dépendants et ceux qui ne peuvent être pris en charge par les médecins intervenant naturellement dans le péri-opératoire seront adressés à un spécialiste (consultation de tabacologie quand elle existe localement) [E].

Une organisation coordonnée de prise en charge rapide en tabacologie des malades en péri-opératoire doit être organisée afin de ne pas différer un arrêt du tabac dans ce contexte [E].

3.6 Quelle organisation mettre en place pour les hospitalisés ?

Les fumeurs ayant arrêté de fumer en vue de la chirurgie doivent bénéficier en hospitalisation de la poursuite des traitements initiés auparavant pour l'arrêt [E].

Les fumeurs en réduction du tabagisme avant hospitalisation doivent se voir proposer un arrêt complet durant l'hospitalisation en augmentant éventuellement la substitution nicotinique par voie transdermique,

orale ou associée. En cas de refus ou de difficultés particulières, la réduction du tabagisme peut être poursuivie durant l'hospitalisation grâce à une substitution. Les règles du jeûne devront cependant être rappelées [E].

3.7 Quelle peut être la coopération avec les unités de tabacologie ?

Les unités de tabacologie, quand elles existent peuvent être associées à tous les stades de l'organisation, de la formation des personnels et de la prise en charge des patients [E].

Ces unités prendront en charge les patients les plus difficiles et aideront si nécessaire les services à organiser la prise en charge des cas les moins lourds [E].

QS4-Quel est le rôle des différents acteurs de santé en fonction du délai avant l'intervention ?

4.1 Quel est le rôle du médecin traitant dans le sevrage pré-opératoire ?

Tout médecin traitant dans la perspective d'une intervention chirurgicale doit :

- Questionner systématiquement le patient sur son statut tabagique, le plus longtemps possible avant l'intervention [E],
- Souligner au patient l'importance de l'arrêt [E],
- Proposer son aide pour l'arrêt ou orienter le patient vers une consultation spécialisée ou la ligne d'aide à l'arrêt (Tabac-Info-Service) [E],
- Informer chirurgien et anesthésiste d'un éventuel tabagisme et de l'éventuel traitement entrepris [E].
- Souligner que dans tous les cas l'arrêt total est toujours préférable ; idéalement plus de 6-8 semaines avant l'intervention [A].
- Proposer une réduction du tabagisme avec substitution nicotinique la plus complète si l'arrêt ne peut être obtenu [C].
- Renforcer la motivation du patient si celle-ci est défaillante [E].
- S'assurer du suivi et de la prévention des rechutes (suivi à 6-12 mois) [E].

4.2 Quel est le rôle du chirurgien dans le repérage, l'aide à l'arrêt ou l'orientation pré-opératoire ?

Tout chirurgien doit demander à un futur opéré son statut tabagique [E].

Il doit expliquer le lien entre le résultat de l'acte chirurgical et la nécessité de l'arrêt du tabagisme. Cette information doit être mentionnée dans la feuille d'information remise au patient pour le consentement éclairé [E].

Il doit conseiller fermement l'arrêt [C].

Il peut, dans certains cas, différer la date de l'acte chirurgical pour permettre l'arrêt du tabac, lorsque la pathologie sous-jacente le permet. [E].

L'aide à apporter pour l'arrêt : conseil minimum, substitution nicotinique, orientation vers un autre professionnel (pharmacien, médecin traitant, tabacologue), tiendra compte de la consommation quotidienne et de la dépendance nicotinique [E].

A la sortie, il veille à la continuité du suivi après l'arrêt du tabagisme (courrier au médecin traitant) [E].

4.3 Quel est le rôle de l'anesthésiste dans le repérage, l'aide à l'arrêt ou l'orientation pré-opératoire ?

L'anesthésiste est un acteur essentiel dans l'aide à l'arrêt du tabagisme lors de la consultation anesthésique pré-opératoire où il identifie les fumeurs, idéalement avec la mesure du CO expiré, évalue la situation tabagique et le retentissement somatique, conseille l'arrêt et aide au sevrage [E].

Lors de l'hospitalisation en chirurgie, l'anesthésiste :

- soutient l'arrêt et compense le syndrome de manque quand cela est nécessaire [E],
- peut s'appuyer sur l'aide de l'unité de coordination en tabacologie quand elle existe [E],
- tient compte du statut tabagique pour l'anesthésie [E].

4.4 Quel est le rôle des paramédicaux, dans la prise en charge péri-opératoire des fumeurs ?

Tous les intervenants paramédicaux participent, conformément à leur rôle propre, au repérage et à la prise en charge du sevrage tabagique en période péri-opératoire [E].

Il est recommandé que les unités de chirurgie établissent une procédure d'identification et de prise en charge des fumeurs [E].

Les intervenants paramédicaux veillent à l'application de ces procédures [E].

4.5 Quel est le rôle de la direction de l'établissement, des services concernés et de la pharmacie dans la prise en charge des fumeurs en péri-opératoire ?

Les services hospitaliers doivent être « sans tabac » (participation au Réseau Hôpital Sans Tabac et application de sa Charte). Cette règle affichée est validée par la CME et la direction [E].

L'organisation d'une coordination en tabacologie est recommandée au sein des établissements de soins [E].

La pharmacie de l'établissement organise la mise à disposition des substituts nicotiniques, avec une procédure permettant de faire face aux urgences et aux modifications de besoin de substitution des patients [E].

4.6 Comment transformer l'arrêt péri-opératoire en arrêt définitif ?

A la sortie de l'établissement, un courrier doit être adressé au médecin traitant afin d'informer de ce qui a été fait en

matière de contrôle du tabagisme afin d'organiser le suivi [E].

Si elle existe, l'unité de coordination en tabacologie s'efforcera d'assurer la liaison afin de favoriser un arrêt définitif du tabac [E].

Dans tous les cas les bénéfices de l'arrêt définitif seront rappelés au malade à sa sortie [E].

QS5- Quelles sont les particularités de l'anesthésie chez un fumeur ?

5.1 Quelles sont les interactions des agents anesthésiques avec le tabagisme et les produits d'aide à l'arrêt du tabac ?

Le tabagisme augmente le risque de survenue de réactions respiratoires et cardiovasculaires au cours de l'anesthésie [D].

Le protocole anesthésique prendra en compte la possible augmentation de la fréquence cardiaque sous nicotine lors de l'intubation trachéale [C].

L'incidence des nausées et des vomissements post-opératoires est diminuée chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs [D].

Le tabagisme augmente le risque de réactions respiratoires et cardiaques au desflurane liées à l'irritation des voies aériennes supérieures et une réaction de type sympathique [D].

5.2 Quelle est l'influence du tabagisme, de l'arrêt du tabac, des substituts nicotiniques et du bupropion sur la vidange gastrique ?

Il n'est pas observé de différence sur le volume et le pH gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et un non fumeur [D].

Il n'est pas observé de différence sur le volume gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et un fumeur n'arrêtant qu'une demi heure avant l'intervention [D].

Les résultats des études sur les effets de la durée d'arrêt du tabac et l'utilisation des substituts nicotiniques sur la vidange gastrique sont contradictoires [E].

_ Il n'y a pas de données valides disponibles sur le Bupropion et la vidange gastrique [E].

5.3 Règles du jeûne et tabagisme pré-opératoire

Le jeûne tabagique conduit à une meilleure oxygénation du fait en particulier de l'élimination du CO [D].

Le jeûne tabagique doit être recommandé selon les mêmes règles que le jeûne alimentaire : "ne pas manger, boire et fumer avant une intervention" [E].

Si un futur opéré rompt le jeûne tabagique en consommant une ou deux cigarettes, l'effet sur l'oxygénation reste modéré et l'effet sur la vidange gastrique et le risque d'inhalation à l'induction de l'anesthésie n'est pas démontré. La rupture du jeûne tabagique ne représente pas une contre-indication formelle à l'anesthésie [E].

Le non respect du jeûne tabagique pourrait être prévenu par une bonne information préalable et par l'utilisation de la substitution nicotinique si nécessaire [D].

Les substituts nicotiniques oraux ont une absorption uniquement buccale [A] et leur prise ne constitue pas un non respect du jeûne [E].

5.4 Quelle est l'influence du tabac, de l'arrêt du tabac, de la substitution nicotinique et du bupropion sur l'analgésie ?

Les agonistes nicotiniques induisent expérimentalement une analgésie [B].

Un sevrage tabagique récent non substitué s'accompagne d'une augmentation des besoins en antalgiques dans la plupart des études [D].

Les données sur les effets bénéfiques de la substitution nicotinique sur la douleur sont insuffisantes [E].

Le bupropion a été proposé pour les douleurs de type neuropathie [E].

5.5 Quelle est l'influence de l'arrêt du tabac sur l'importance des sécrétions bronchiques en fonction du délai d'arrêt ?

L'augmentation de sécrétions trachéo-bronchiques est maximale lors des 2 premières semaines après un arrêt du tabac (RR à 2,7) et persiste pour se normaliser 8 semaines après le sevrage [D].

_ Les symptômes respiratoires (toux, rhinite, catarrhe) sont majorés pendant les 2 premières semaines après un arrêt du tabac [D].

La toux est significativement plus élevée pendant les 7 premiers jours d'abstinence et s'estompe sur 4 semaines environ [D].

Il est recommandé d'arrêter de fumer au moins 8 semaines avant une intervention chirurgicale pour diminuer le risque des complications pulmonaires post-opératoires [D].

5.6 Quelle est l'influence de l'arrêt du tabac sur l'hyperréactivité bronchique en fonction du délai d'arrêt ?

Lorsque la métacholine est utilisée pour réaliser les tests de provocation bronchique, il existe une hyperréactivité bronchique significativement supérieure dans le groupe des fumeurs comparé aux ex fumeurs et aux non fumeurs [D].

Le sevrage tabagique améliore l'hyperréactivité bronchique mais les bénéfices sont moindres s'il existe une BPCO [D].

Il n'y a aucune donnée sur le délai nécessaire d'abstinence tabagique pour diminuer le taux d'hyperréactivité bronchique [E].

Il n'existe pas de données sur le bénéfice d'un arrêt tardif de l'intoxication tabagique (moins de 4 semaines) avant une intervention chirurgicale en ce qui concerne l'hyperréactivité bronchique [E].

Après un sevrage tabagique, l'hyperréactivité des voies aériennes supérieures commence à s'améliorer après 48 h et le seuil se normalise vers le 10ème jour [D].

QS 6 : Comment prendre en charge un fumeur dépendant hospitalisé pour une intervention chirurgicale non programmée ?

6.1 Quels sont les symptômes et la souffrance du sevrage tabagique brutal non compensé ?

Les signes de manque (anxiété, agitation, irritabilité, agressivité, besoin impérieux de fumer) apparaissent chez le fumeur dépendant entre 2 et 6 heures après le début de l'abstinence [D].

L'abstinence de nicotine cause un déficit en terme de performances psychomotrices [D].

L'abstinence produit des changements significatifs de l'électro-encéphalogramme (dans les 5 heures qui suivent l'abstinence) pouvant durer 7 jours et régressifs sous substitution [D].

6.2 Quel est l'intérêt de la substitution nicotinique temporaire dans le cadre de l'intervention chirurgicale en urgence ?

Il n'existe pas d'étude dans la littérature portant sur la substitution temporaire dans le cadre d'une chirurgie urgente, non programmée [E].

Les substituts nicotiniques permettent de façon générale un plus grand nombre d'abstinence temporaire chez les patients hospitalisés en chirurgie (versus absence d'intervention) (RR d'abstinence avec les substituts nicotiniques à 1,38 [A].

La substitution nicotinique temporaire permet de réduire les signes de manque et la quantité de fumée inhalée [C].

La substitution nicotinique temporaire permet de façon générale de réduire la survenue d'une agressivité chez les fumeurs abstinents depuis 8 heures [D].

6.3 Quelles procédures mettre en place dans les services d'hospitalisation pour détecter et traiter les fumeurs en manque ?

Procédures pour détecter le manque :

Il faut sensibiliser, former et impliquer tous les acteurs de santé dans la prise en charge des fumeurs avant une intervention

(médecin traitant, urgentiste, anesthésiste, chirurgien, infirmière, aide soignant, médecin spécialiste) [E].

Une coopération de l'équipe mobile de tabacologie au sein d'une activité de liaison est souhaitable [E].

Nécessité de l'évaluation des pratiques : rôle du référent [E].

Protocoles disponibles dans chaque service avec recommandations (reconnaissance des signes de manque et conduite à tenir) [E].

Procédures pour traiter le manque :

Les données générales de la littérature sur les bénéfices de la prévention des signes de manque par la substitution nicotinique temporaire en période opératoire sont contredits par une étude récente bien conduite et mériteraient confirmation [E].

_ Les substituts nicotiniques sont trop peu utilisés pour les patients hospitalisés et devraient bénéficier à plus de patients [E].

6.4 Comment traiter une élévation de l'HbCO avant une intervention chirurgicale en urgence ?

_ Du fait de sa coloration, la carboxyhémoglobine (HbCO) est mesurée comme étant de l'oxyhémoglobine (HbO2) par l'oxymètre de pouls. Ainsi, la saturation, mesurée par un oxymètre de pouls, peut être faussée.

_ Un arrêt du tabagisme de plus de 12 heures permet une baisse significative du CO accumulé par le fumeur opéré en urgence [D].

_ Sur un plan théorique une oxygénothérapie à FiO2 maximale élimine le CO accumulé en 4 heures. Le bénéfice d'une telle pratique n'est pas évalué et elle ne peut être recommandée [E].

CONCLUSIONS

L'analyse systématique des pratiques du péri-opératoire à la lumière de ces recommandations devrait conduire à une amélioration de la formation des personnels, des procédures et des pratiques et ainsi réduire les complications chirurgicales

et générales survenant en période péri-opératoire. Ces mesures doivent ainsi diminuer le coût humain de la chirurgie en combattant une des causes majeures évitables de complications de la chirurgie, trop souvent négligée : la fumée du tabac. Le développement d'outils pour l'évaluation des pratiques, pour la formation des personnels et pour l'information du public doit rapidement être mis en place. En plus du bénéfice pour la santé, un bénéfice médico-économique est attendu. Il doit être directement mesurable avec la nouvelle tarification de l'activité des hôpitaux en France.

Ces recommandations sont disponibles sur les sites Internet des promoteurs